

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N^o

423

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

Yervant MINASSIANTZ

né à Trébizonde (Turquie), le 12 avril 1873

**Un cas de suppuration
du canal thoracique et
d'Adéno-phlegmon sus-claviculaire
consécutif à un cancer du pylore**

Président : M. HARTMANN, Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

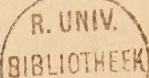
Yervant MINASSIANTZ
né à Trébizonde (Turquie), le 12 avril 1873

Un cas de suppuration
du canal thoracique et
d'Adéno-phlegmon sus-claviculaire
consécutif à un cancer du pylore

Président : M. HARTMANN, Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927



I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de
 l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Professeur sans chaire

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 ROGER
 STROHL
 DESGREZ
 LEMIERRE
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 SICARD
 LECÈNE
 ROUSSY
 PRENANT
 TIFFENEAU
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MÉNÉTRIER
 RATHERY
 GILBERT
 BEZANÇON
 ACHARD
 WIDAL
 MARFAN
 NOBÉCOURT
 H. CLAUDE
 JEANSELME
 GUILLAIN
 TEISSIER
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 TERRIEN
 LEGUEU
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 OMBRÉDANNE
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL
 SERGENT
 ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
FRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
KETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBoullet	Clinique médicale infantile.
IÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
IEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le très grand honneur
de me proposer le sujet de ma
thèse et d'en accepter la prési-
dence.*

*Hommage de ma respectueuse re-
connaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PRENANT

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'ont guidé de leurs conseils
et encouragé par leur sollicitude
à Nancy comme à Paris.*

*Témoignage de ma profonde recon-
naissance et de mon respectueux
attachement.*

A MES AMIS ET CAMARADES
DE NANCY ET DE PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les cas publiés d'infection du canal thoracique sont très rares. Nous n'avons pu, dans la littérature médicale, relever qu'une douzaine de ces cas de suppuration de la voie lymphatique principale, si l'on excepte ceux dans lesquels le B.K est en cause et qui doivent être mis complètement à part.

M. le professeur Hartmann a bien voulu nous communiquer une observation recueillie dans son service et opérée par le docteur Brouet, d'un malade atteint du cancer inopérable du pylore, à l'autopsie duquel on a découvert la suppuration du canal thoracique.

Son caractère d'exception n'est pas la seule raison qui nous a incité à faire de cette observation l'objet de ce travail. Pourtant, malgré sa brièveté, elle précise les faits importants et ajoute aux rares observations antérieures. Son étiologie, la flore bactérienne en cause, la pathogénie sont ici précises. Aussi, nous a-t-il semblé qu'elle méritait d'être publiée pour ajouter à ce chapitre très mal connu de pathologie.

A un autre point de vue, elle est une illustration aux complications infectieuses des cancers gastriques. Autour du bloc néoplasique, à la faveur de l'ulcération qui rompt la barrière muqueuse, se développent des réactions inflammatoires. Du foyer cancéreux, partent à la fois des éléments microbiens et des cellules néoplasiques, et dans ce cas particulier, les cocci semblent avoir suivi la voie que Troisier assigne aux cellules cancéreuses, qui viennent métastaser dans les ganglions sus-claviculaires. Elle serait un argument militant en faveur de cette théorie.

Après exposé de l'observation, et ayant montré où en sont nos connaissances sur la suppuration du canal thoracique, nous soulignerons, en un court chapitre, l'intérêt qu'elle présente, en tant que complication du cancer gastrique.

OBSERVATIONS

Le malade, Théodore L..., 46 ans, posticheur, entre dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le 18 juillet 1924, parce qu'il vomit depuis 15 jours.

Il a été bien portant jusqu'au mois de septembre 1923, et n'a jamais été soigné pour des troubles gastriques sauf pendant la guerre, en 1917, où étant aux armées, on l'aurait traité pour une dyspepsie.

Mais, depuis un an, sont apparus des troubles gastriques. Ce sont d'abord des lourdeurs après les repas, persistant deux ou trois heures, avec des éructations fréquentes. Le matin, au réveil, des aigreurs, mais pas de vomissements aqueux. Peu après, apparaissent des douleurs, vers janvier 1923, qui sont de deux ordres :

Des douleurs dans les lombes, surtout siégeant à droite, douleurs vagues, surtout marquées dans les mouvements d'extension du tronc et, qui sont mises sur le compte d'un lumbago.

D'autre part, des douleurs gastriques survenant un quart d'heure après le repas, douleurs précoces par con-

séquent, à type de pesanteur, de lourdeur, mais parfois si intenses que le malade en vient à restreindre son alimentation. D'ailleurs son appétit a beaucoup diminué.

Ces symptômes évoluent de façon continue, et l'on ne retrouve pas de laps de temps plus ou moins prolongés pendant lesquels le malade paraît guéri.

Tous ces troubles vont s'accroissant, l'amaigrissement apparaît, si bien que le malade se décide à consulter. Deux médecins l'examinent et pensent à un lumbago.

Mais vingt jours avant son entrée à l'hôpital, un nouveau signe se manifeste : des vomissements, apparaissant surtout le soir, presque quotidiens, contenant des aliments plus ou moins digérés et facilement reconnaissables, ingérés le midi, et même parfois la veille. C'est à ce moment qu'il vient à l'Hôtel-Dieu.

L'examen ne permet pas de percevoir de tumeur gastrique. Par contre, un clapotage à jeun très net. Pas de mouvements péristaltiques appréciables.

Un repas de carottes pris la veille au soir est retiré vers 9 heures du matin. Des débris alimentaires en petite quantité sont facilement reconnus. Le repas d'épreuve montre une chlorydrie faible.

On fait un examen radioscopique, qui montre un estomac dilaté, en forme de crochet, dont le bas-fond descend à deux travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. La région pylorique apparaît étalée et se termine en pointe. On trouve, à la palpation deux points douloureux, l'un sur le pylore, et l'autre au creux épigastrique. Douze heures après, une petite quantité de baryte est passée dans le grêle. Le passage pyloro-duo-

dénal se fait en nappe diffuse, 24 heures après, il reste la valeur d'une mandarine de barythe dans l'estomac.

L'existence d'une sténose du pylore clinique et radiologique fait décider l'intervention.

A l'opération, le 2 juillet, après coeliotomie, le Docteur Brouet se trouve en présence d'un volumineux néoplasme du pylore très adhérent et dont les ganglions forment une masse considérable, surtout très haut sur la petite courbure. Il se résout à faire une gastro-entérostomie au fil.

L'opération se passe normalement, et pendant cinq jours, du 26 juillet au 1^{er} août, la température reste près de 37°. Puis, la courbe thermique esquisse un clocher à 38.5 et monte brusquement, le 4 août, à 40.5. La fièvre reste élevée, oscille de 2° par jour, puis s'abaisse légèrement vers le 13 août.

Mais, pendant que la plaie de la paroi se ferme, apparaît dans le creux sus-claviculaire gauche une tuméfaction qui s'accroît et présente tous les caractères d'une adénite aiguë en voie de suppuration. La température est pendant ce temps autour de 38°.

Cependant, l'adénite paraît suppurée. Une ponction retire du pus jaunâtre, bien lié qui, examiné au microscope, montre des chaînettes de streptocoque. Le 23 août on incise la collection. Le malade n'est pas soulagé par l'intervention.

En quatre jours, du 24 au 28 août, l'état du malade s'aggrave rapidement, la température s'élève d'un degré chaque jour, jusqu'à 40°. L'agitation, le délire apparaissent et le malade meurt.

A l'autopsie :

On trouve une première collection suppurée sous-phrénique, qui s'est développée sur la face antérieure du pylore, entre le cancer et la face inférieure du foie. Cette collection est bien limitée par des adhérences. La bouche de gastro-entérostomie et l'étage sous-mésocolique de l'abdomen ne présentent rien d'anormal.

Dans la région sus-claviculaire, une seconde collection suppurée au milieu d'une masse inflammatoire de ganglions, bien drainée par l'incision. Il n'y a pas apparence de thrombose de la veine sous-clavière ni de la jugulaire.

La crosse du canal thoracique forme un cordon volumineux atteignant la grosseur d'une plume d'oie. La section laisse écouler du pus. On poursuit la dissection du canal thoracique qui paraît contenir du pus dans toute son étendue. Pas de thrombose du canal thoracique. La citerne de Pecquet est difficilement isolable, mais elle est grosse comme un doigt. Des lymphatiques afférents venant vers le collecteur lymphatique sont pleins de pus.

La paroi interne du canal est rouge et tomenteuse. Rien de particulier aux autres organes, sauf de la congestion des bases pulmonaires.

Pas de métastase hépatique apparente.

En résumé :

Chez un malade porteur d'un cancer du pylore, est apparu, à la suite d'une gastro-entérostomie palliative,

un abcès sous-phrénique et un adéno-phlegmon sus-claviculaire.

La collection abdominale ne paraît pas être due à une perforation gastrique, mais à la suppuration de la péri-gastrique et des ganglions pyloriques, déjà atteints par le néoplasme. L'infection semble bien avoir eu pour point de départ la lésion cancéreuse.

De même, la suppuration des ganglions sus-claviculaires a la même origine. Ces ganglions étaient-ils déjà atteints par le néoplasme avant d'avoir été touchés par les microbes ? L'observation clinique ne le mentionne pas.

Quoiqu'il en soit, les deux collections suppurées sont dues à la même cause : l'infection du cancer gastrique.

Entre ces deux abcès, la voie lymphatique principale est gorgée de pus. On n'a pas remarqué si l'ampoule de Mascagni était perméable ou si, au contraire, le canal thoracique était obstrué et formait cavité close.

Cependant, il semble bien que cette grande voie lymphatique servait de trait d'union entre les ganglions sus-claviculaires. L'atteinte inflammatoire des lymphatiques gastriques s'est probablement traduite par l'ascension thermique du cinquième jour et c'est seulement douze jours après qu'apparaît la tuméfaction sus-claviculaire.

Le malade est mort de sa suppuration et de septicémie, et les lésions abdominales seules étaient suffisantes pour expliquer l'exitus.

Ajoutons que l'examen nécropsique montre nettement qu'il s'agit d'une suppuration du canal thoracique et

non pas d'un cancer secondaire ni de tuberculose. Le canal thoracique présentait les signes habituels de l'inflammation. Il ne s'est pas montré comme un véritable cordon plein ayant seulement par endroit, une lumière réduite renfermant un liquide caséeux, comme dans le cancer. Le fait qu'on y décèle des streptocoques, le caractère du pus peuvent faire éliminer l'existence du B. K.

L'INFECTION DU CANAL THORACIQUE

HISTORIQUE

Si l'on se rapporte aux traités classiques actuels, la suppuration du canal thoracique est passée presque sous silence.

Nous la trouvons cependant mentionnée dans le traité de pathologie chirurgicale de Le Dentu et Delbet, dans le volume traitant des affections des veines et lymphatiques.

« Le canal thoracique, y est-il dit, sert souvent de passage ou de moyen de transport aux éléments infectieux qui sont ensuite déversés dans le courant sanguin. Il peut arriver que les éléments charriés par cette voie lymphatique s'y arrêtent et déterminent des lésions, sans même que les ganglions afférents soient atteints. » C'est qu'en effet une infection

aussi peu clinique que la suppuration du grand collecteur lymphatique ne doit tenir que peu de place dans un ouvrage de pathologie.

Cependant, nous voyons qu'elle n'est pas plus signalée dans les ouvrages d'anatomie pathologique.

En cherchant dans la littérature, nous avons pu constater que ce qui est publié sur ce sujet se résume à peu près aux observations de quelques auteurs.

Le premier, qui paraît avoir dépisté du pus dans le canal thoracique, c'est Lieutaud, en 1767. Mais son observation reste unique jusqu'à Andral, qui d'abord publie une observation et décrit deux cas dans ses « Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique » (1824). Après lui, Gendrin, dans son « Histoire anatomique des inflammations », en cite un autre cas. Puis viennent les observations de Velpeau, de Worms, de Chouppe.

Jusqu'à cette époque, la suppuration du canal thoracique est vue uniquement par les auteurs français qui, disséquant et injectant les lymphatiques, étudient l'inflammation de ce système. Elle paraît inconnue des auteurs étrangers, et Worms s'étonne qu'elle ne soit pas citée dans les traités d'anatomie pathologique allemands, en particulier par Rokitsanski, dans son « Traité d'inflammation du système lymphatique ».

Mais à partir de 1880, il n'y a plus guère que l'école allemande qui étudie cette lésion, et nous retrouvons successivement les observations de Enzenmann, de Lohlein, de Wockher, de Pappenheimer,

auxquelles il faut ajouter les observations de Forest et d'Adams.

Le travail qui nous a paru le plus récent est celui de Pappenheimer qui résume, sous forme de conclusion, l'état de nos connaissances sur ce sujet. Ce sont ces assertions que nous aurons à discuter.

NOTIONS ACTUELLES SUR LA SUPPURATION DU CANAL THORACIQUE

La suppuration du canal thoracique est une affection qui, jusqu'à présent, n'a jamais été diagnostiquée cliniquement. C'est une découverte d'autopsie au cours de tableaux symptomatiques variés représentant une septicémie ou traduisant un foyer de suppuration. De cette lésion anatomique, le diagnostic n'a jamais été fait.

Qu'on nous permette ici un rapide résumé des observations que nous venons de citer, et qui servent de base aux conclusions jusque là admises.

Nous n'aurons en vue que les principales.

A) 1. — Andral trouve sur le cadavre d'une femme parvenue au dernier degré de « marasme », un rein droit transformé en une poche de pus et une collection suppurée rétro-rénale ayant fusé dans la fosse iliaque droite, qui fait penser à un phlegmon péri-néphrétique. Le canal thoracique est distendu par

un liquide purulent, gros comme une plume à écrire depuis son passage à travers les piliers du diaphragme jusqu'à une petite distance au-dessous de son embouchure dans la veine sous-clavière. Le reste du système lymphatique, soit ganglions, soit vaisseaux, n'offre rien de remarquable.

2. — Un enfant de onze ans succombe de croup avec « pleuro-pneumonie et gastrite »(?), et à l'autopsie, on trouve un canal thoracique plus épais que de coutume, légèrement dilaté, dont la cavité contient de la sérosité.

3. — Dans le troisième cas, c'est sur le cadavre d'une femme morte de péritonite et d'abcès du ligament large, que l'on trouve une suppuration du C.T. et tous les vaisseaux afférents à la citerne de Pecquet sont encore gorgés de pus.

B) Velpeau nous montre une femme qui, au quatrième jour d'un post-partum commence à faire de la fièvre et souffre de l'hypogastre. Au treizième jour : phlébite double des membres inférieurs. Elle meurt au vingt-cinquième jour avec un pouls très rapide, un ventre ballonné, des vomissements et de la diarrhée. A l'autopsie, on trouve deux litres de sérosité dans l'abdomen, un utérus infiltré de pus, double pyosalpinx et phlébite suppurée des gros troncs veineux des membres inférieurs remontant jusqu'à la veine cave inférieure avec abcès fusant entre les masses musculaires. Il existe une collection purulente dans le méso-rectum. Les ganglions de l'aîne,

les ganglions recto-cruraux sont très inflammés et déjà suppurés par place, « un grand nombre de lymphatiques sont pleins de pus. Le canal thoracique, lui-même, en contient aussi ».

C) Enfin Gendrin dit avoir reconnu sur le cadavre d'une femme morte de péritonite puerpérale, et injecté pour des recherches d'angéologie, la citerne de Pecquet distendue par du pus blanc bien lié. Le canal thoracique avait un aspect moniliforme ; il contenait du pus par endroits et dans les intervalles on trouva « des concrétions plastiques adhérentes aux parois ».

D) Le malade de Worms, gendarme de la Garde, quinze jours après une angine, est pris brutalement d'une douleur abdominale intense, avec fièvre. Quatre jours après, l'avant-bras gauche est rouge, tuméfié et douloureux. Worms note que les veines superficielles sont distendues et que le sang ne peut progresser vers l'épaule, mais le reflux est facile vers le dos de la main. Le dixième jour, la mort survient au milieu d'un tableau de septicémie. A l'autopsie : thrombose de la veine sous-clavière qui est obstruée par un caillot adhérent, long de 6 cm. et remontant dans la jugulaire interne. Le point d'aboutissement du canal thoracique, au confluent de Pyrogoff est entouré d'une masse inflammatoire qu'il suppose être ganglionnaire et d'où sort du pus. Le canal thoracique est dans son entier distendu comme une plume d'oie. La citerne de Pecquet, large de

5 cm., gorgée de pus qui peut refluer vers le cou, montre que la lumière du conduit est libre.

D) Chouppe cite également un cas de suppuration du canal thoracique à l'autopsie, avec épanchement séro-purulent de la plèvre.

E) Enzmann et Adams citent chacun un cas de découverte nécropsique de suppuration du canal thoracique.

F) De Forest signale une observation d'abcès du canal thoracique chez un homme mort depuis quatre jours, après une intoxication alimentaire, au milieu de phénomènes d'infection suraiguë. A l'autopsie, les ganglions mésentériques sont très augmentés de volume, et à la place de la citerne de Pecquet, une masse arrondie et allongée, comme un doigt. Elle se prolonge jusqu'à la veine jugulaire et présente une série de renflements. C'est le canal thoracique rempli de pus. Une série d'abcès se trouvaient disposés en étage. Pour l'auteur, la disposition anatomique expliquerait le type fébrile observé : chaque fois qu'une barrière du canal était forcée, le malade était pris de frisson et d'une élévation thermique.

G) Lohlein raconte deux cas des plus intéressants, car, les premiers avec l'observation de Worms, ils donnent des renseignements cliniques précis. Tous deux sont superposables.

1° Dans le premier, il s'agit d'un homme qui, quelques jours après une contusion du coude gauche,

arrive à l'hôpital avec 39,5 de fièvre et un syndrome abdominal qui fait penser à une appendicite. On opère le lendemain. Le surlendemain exitus. A l'autopsie, on trouve un phlegmon circonscrit de la région du coude. Adénite axillaire avec lymphangite purulente tronculaire. Le canal thoracique est thrombosé et contient du pus. La plèvre gauche et le péritoine contiennent un liquide séro-purulent abondant qui, à l'examen bactériologique, pullule de streptocoques.

2° Le deuxième cas est celui d'un ouvrier de cinquante ans blessé à la partie externe de l'articulation du poignet gauche. Quelques jours après, 39° de fièvre, douleurs abdominales, signe de phlegmon de l'avant-bras gauche, en trois jours, il meurt.

Exactement comme dans le premier cas, on trouve à l'autopsie un phlegmon de l'avant-bras, une adénite axillaire suppurée, du liquide séro-purulent dans la plèvre et le péritoine, « un peu chyleux », dit l'auteur, et du streptocoque à l'examen direct.

Là encore, aucune inflammation des vaisseaux lymphatiques et des ganglions mésentériques abdominaux.

II) Enfin, Pappenheimer présente deux observations :

1° La première est celle d'un homme de 42 ans, verrier, mort en trois jours à l'hôpital d'une infec-

tion fébrile sur laquelle l'auteur ne donne pas de précision. Tout se résume à une autopsie.

Le canal thoracique est sensiblement dilaté dans toute sa longueur et rempli de pus sans odeur. Par places, sur les parois, sont collés des thrombus jeunes, assez volumineux. Son extrémité inférieure communique avec les ganglions mésentériques suppurés, et près d'elle, à droite, une volumineuse collection suppurée rétro-péritonéale, collée contre la colonne vertébrale et qui descend sur le psoas.

Infarctus suppuré de la rate.

Dans la cavité péritonéale, une notable quantité de pus. De même la plèvre et le péricarde contiennent un exsudat séro-purulent et hématique. L'analyse bactériologique faite dans les liquides purulents contenus dans les séreuses et le canal thoracique a montré du streptocoque.

Pour l'auteur, il s'agirait d'une endocardite ayant provoqué un infarctus de la rate. De là, atteinte des ganglions latéraux et pré-aortiques, puis du canal thoracique. Celui-ci obstrué, aurait infecté secondairement la plèvre, le péricarde et le péritoine.

2° Le deuxième cas est celui d'un soldat de 24 ans. Quarante-huit heures après un début brusque ayant l'allure d'une pneumonie, il présente des signes de perforation abdominale, avec vomissements, douleurs, contractures. On intervient le quatrième jour, mais au lieu de trouver une péritonite, on tombe sur

un phlegmon rétro-péritonéal. Le cinquième jour, mort.

A l'autopsie : phlegmon périnéphrétique pré-rénal droit. L'uretère est obstrué par un calcul lobulé et au-dessus de lui, on trouve des lésions non douteuses de pyélonéphrite.

Le canal thoracique est rempli de pus et la suppuration s'arrête juste au point d'abouchement du canal thoracique, dans la veine sous-clavière gauche. Forte hypérémie des deux poumons, sans apparence de foyer pneumonique.

Toutes ces observations ont dans l'ensemble un trait commun et essentiel : c'est qu'elles sont très brèves sur le chapitre de la clinique. D'aucunes sont d'ailleurs uniquement des protocoles nécropsiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique résume les seules notions bien établies sur cette affection.

I. — MACROSCOPIE

Nous serons brefs sur ce point, étant donné ce que nous avons dit avec les observations.

Le canal thoracique est augmenté de volume. Généralement il atteint les dimensions d'une porte-plume, parfois il est beaucoup plus gros, comme une « saucisse » (De Forest).

Son calibre est souvent uniforme. Parfois la citerne de Pecquet est beaucoup plus dilatée, jusqu'à 5 centimètres.

Tantôt la lumière est libre et le pus peut refluer de la citerne de Pecquet dans la crosse et jusque dans la sous-clavière.

Tantôt, au contraire, il est oblitéré (Gendrin, de Forest, Lohlein, Pappenheimer). Une série d'abcès

s'étagent sur sa hauteur, séparés par des intervalles où existent des thrombus jaunes assez adhérents à la membrane interne. L'aspect est alors monoliforme. Parfois l'oblitération siège au niveau de la terminaison du canal thoracique ou à son abouchement dans le confluent veineux.

Dans la majorité des cas, toute la hauteur du vaisseau est atteinte. Il renferme un pus épais, visqueux, ou jaune verdâtre, bien lié.

La tunique interne immédiatement en contact avec le pus est rouge et tomanteuse.

Il existe toujours *des lymphatiques afférents* qui sont augmentés de volume, soit à la citerne de Pecquet, soit à la terminaison du canal. On y trouve du pus, même dans les cas où rien ne semble expliquer l'origine de la suppuration (Worms).

Les ganglions lymphatiques proches sont par contre à peine tuméfiés.

Enfin, le canal thoracique est en rapport avec une collection purulente.

Souvent, on a trouvé des épanchements séro-purulents de la plèvre et du péritoine (6 cas sur 10 observations cliniques).

Une fois une thrombose du confluent de Pirogoff.

Un cas avec une collection suppurée sus-claviculaire (cas que nous publions), auquel il faudrait peut-être ajouter l'observation de Worms).

II. — MICROSCOPIE

L'examen bactériologique du pus contenu dans le canal thoracique a montré dans tous les cas où l'on l'a cherché du streptocoque.

On n'a jamais pratiqué, à notre connaissance, d'examen histologique.

LA SUPPURATION DU CANAL THORACIQUE EST-ELLE UNE AFFECTION CLINIQUE ?

Nous venons de voir que, dans aucune des observations précitées, le diagnostic de suppuration du canal thoracique n'a même été soupçonné cliniquement. Seul, l'examen nécropsique a permis de le voir, soit qu'on ait eu à étudier spécialement le système lymphatique (Andral), soit que les lésions purulentes aient conduit directement sur lui.

Potin, dans son article sur les maladies du système lymphatique, dit « qu'il est impossible d'assigner à l'infection du canal thoracique une symptomatologie spéciale, les symptômes propres, s'ils existent, ayant toujours été masqués par ceux de la maladie primitive très grave ».

Est-ce à dire qu'aucun symptôme spécifique ne traduise cliniquement cette lésion ? C'est la conclusion à laquelle arrive encore Pappenheimer. Il déclare qu'aucun signe clinique ne peut être attribué en propre à cette affection, et que, dans aucun des cas signalés, on n'a retrouvé l'œdème à topographie

spéciale, l'ascite chyleuse, et la thrombose que l'on observe dans l'oblitération cancéreuse.

Rappelons que les recherches de Troisier, Ménétrier et Piot nous ont fait connaître un syndrome d'oblitération cancéreuse du canal thoracique.

Il comprend quatre ordres de symptômes :

1° De l'œdème, blanc dur, résistant à la pression du doigt dessinant la topographie du territoire cutané du canal thoracique, respectant par conséquent la moitié droite du thorax, le bras droit et l'extrémité céphalique.

2° Des épanchements chyloformes des séreuses pleurales, péritonéales et péricardiques.

3° Des adénopathies sus-claviculaires à caractères néoplasiques constants.

4° Des thromboses veineuses du confluent jugulo-sous-clavier gauche, celui-ci entraînant un œdème veineux se superposant à l'œdème lymphatique et le déformant.

Nous émettons, pour notre part, le réserves les plus formelles sur l'impossibilité absolue de faire cliniquement le diagnostic.

Il semble, en effet, que le plus souvent, les signes de la maladie causale dominant le tableau clinique et viennent masquer complètement la suppuration

de la voie lymphatique principale. Parfois, d'ailleurs (de Forest, Lolhein), l'évolution a été si rapide que celle-ci n'a pas eu le temps de s'extérioriser.

Cependant, en examinant de près les observations, nous avons été frappé par les symptômes qui se répètent dans plusieurs cas.

A) Les épanchements des séreuses péritonéales et pleurales, voire péricardiques (Pappenheimer) qui ne sont plus chyloformes mais séro-purulents et sanglants.

Pourtant Lohlein signale dans une de ses observations l'aspect chyloforme de l'épanchement.

B) La thrombose du confluent jugulo-sous-clavier, symptôme si spécial qu'il doit cependant attirer l'attention (Observation de Worms, de Lohlein).

C) Ajoutons un troisième signe, l'adénopathie, mais adénopathie suppurée qui se voit dans le cas de Worms et dans notre observation.

Nous n'osons affirmer que l'œdème n'ait existé dans aucun cas, étant donné que la plupart des observations consistent uniquement dans le compte rendu des autopsies.

Rien ne s'oppose *a priori*, semble-t-il, à ce que la thrombose infectieuse du canal thoracique se manifeste moins que l'oblitération cancéreuse. Or, nous avons noté que, dans les observations de Gendrin, de Forster, de Lohlein et Pappenheimer, le canal thoracique était oblitéré en plusieurs endroits par

des caillots jaunâtres, fermement adhérents aux parois.

Il nous paraît donc naturel de retrouver, quoi qu'en disent les auteurs allemands, des signes qui se rapprochent de ceux que l'on décrit dans le cancer secondaire du canal thoracique.

L'œdème, peut-être, ne se voit pas, car l'affection évolue trop vite. Les épanchements sont mixtes, séro-purulents ou chyliformes, car la lymphangite du canal thoracique gagne les lymphatiques voisins et la flore microbienne pullule dans la sérosité.

Il est nécessaire d'attendre d'autres documents sur ce point. Mais, dès maintenant, il nous semble que, au cours d'une maladie fébrile ayant l'allure d'une septicémie ou d'une infection suppurée, l'existence de

1° Signes de réaction péritonéale et pleurale,

2° De thrombose de la sous-clavière,

3° D'adénite sus-claviculaire suppurée,
doivent faire songer à une suppuration du canal thoracique.

PATHOGENIE

Pappenheimer admet d'autre part que la suppuration du cancer thoracique est toujours secondaire à un foyer suppuré.

Il semble, en effet, qu'elle s'observe, soit à la suite de phlegmon périnéphrétique (deux cas), soit de suppuration péri-utérine, de péritonite suppurée, de phlegmon du bras (deux cas), d'abcès sous-phrénique.

Tous ces cas semblent aussi indiqués que la collection purulente est proche du canal thoracique, directement en rapport avec lui par de gros lymphatiques, ou séparée seulement par un seul relai ganglionnaire.

L'on conçoit quelle quantité énorme de microbes vient se déverser dans le réservoir lymphatique qui se trouve, pour ainsi dire, en communication avec la poche purulente.

La lymphangite tronculaire, qui part du foyer d'infection, se propage rapidement au canal thoraci-

que qui réagit comme tous les autres troncs lymphatiques, et présente des lésions de lymphangite suppurée. La circulation lymphatique est obstruée, d'où formation d'épanchement dans les séreuses qui vont, à leur tour, s'infecter, étant donnée la quantité de microbes qui passe dans la circulation.

Le point où se jette le canal thoracique, c'est-à-dire le confluent jugulo-sous-clavier, recevant le contenu purulent du vaisseau lymphatique s'infecte et donne des lésions de phlébite et une thrombose.

Des ganglions sus-claviculaires, enfin, proches de la crosse du canal thoracique, peuvent être atteints par lymphangite rétrograde et suppurée.

Nous émettons aussi l'hypothèse que peut-être la virulence microbienne et l'arrivée d'une masse de bactéries sur les tuniques du vaisseau ne suffisent pas à déterminer l'inflammation du canal lymphatique. Peut-être faut-il encore qu'il y ait une compression primitive de la crosse du canal thoracique déterminant une stase de la lymphe et favorisant le développement *in situ* de la flore microbienne, au lieu de déterminer une septicémie. Il est probable que, dans notre cas, les ganglions sus-claviculaires étaient déjà augmentés de volume avant l'apparition de l'abcès sous-phrénique, et il est possible qu'ils aient exercé une certaine compression sur l'ampoule de Mascagni.

Pour notre part, nous pensons que la suppuration du canal thoracique est une affection secondaire dans la majorité des cas.

Cependant, l'observation de Worms, celle de de Forest et de Chouppe, de l'avis même de ces auteurs, nous paraît devoir faire poser la question de la lymphangite primitive du canal thoracique. En tout cas, il nous semble qu'on ne puisse pas éliminer cette pathogénie de façon définitive.

Le microbe.

Chaque fois que, dans les cas de suppuration du canal thoracique, on a recherché le microbe en cause, c'est toujours au streptocoque qu'on eu à faire. Faut-il conclure à une règle absolue ? Nous ne le pensons pas, étant donné le nombre trop restreint d'observations publiées.

Le sexe.

Pappenheimer s'étonne que la plupart des cas aient été chez des hommes, alors que l'infection d'origine puerpérale, précisément streptococcique et ayant une affinité spéciale pour les tuniques vasculaires, ne compte pas parmi les causes les plus fréquentes. Nous avons déjà insisté sur le fait que nous attachons plus d'importance à la localisation du foyer infectieux qu'à l'espèce microbienne et à sa virulence.

Le terrain.

Un fait qui nous a semblé ne pas avoir été signalé et qui cependant a son importance, c'est l'état de débilité et de cachexie dans lequel on trouve les ma-

lades. On voit d'ailleurs survenir souvent ces lésions pour se développer un terrain spécial comme phlegmon périnéphrétique ou l'endocardite. C'est enfin parfois à la période ultime d'affections cachectisantes qu'on découvre la suppuration du canal thoracique.

Rareté.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que cette affection est des plus rares.

En feuilletant la littérature, nous n'avons pu découvrir que 13 cas de ce genre, et l'on conçoit que de telles lésions restent en marge de la pathologie.

L'on pourrait penser que l'examen systématique du canal thoracique, dans les autopsies, permettrait peut-être de l'observer plus souvent. Si l'on croit Andral, « qui a disséqué avec soin plus de trois cents cadavres », c'est une lésion effectivement exceptionnelle : il ne l'a trouvée que deux fois.

Cependant, après ce que nous venons de dire, il nous paraît que si, dans les cas de suppuration profonde ou de septicémie, l'on disséquait le canal thoracique, on retrouverait assez souvent cette lésion.

SUPPURATION DU CANAL THORACIQUE COMME COMPLICATION DU CANCER DU PYLORE

Le cancer gastrique est en général une maladie apyrétique. Il existe cependant une série d'observations montrant que des faits d'infection peuvent se voir et rapprochent le cancer gastrique de certains autres cancers : cœcum, col utérin, par exemple plus habituellement septique.

D'après Achard, les infections dans le néoplasme gastrique se développent dans deux ordres de conditions qu'il importe de séparer.

Dans un premier groupe de faits, le cancer de l'estomac n'est qu'une cause prédisposante et n'agit qu'en diminuant la résistance de l'organisme, en préparant le terrain. Telles sont les infections se développant sur l'appareil respiratoire.

Dans les autres cas, l'infection a son origine au niveau de la lésion gastrique, et son mécanisme est aisé à concevoir. « Les microbes abondent dans la

cavité stomacale où l'absence habituelle d'acide chlorhydrique et la stase alimentaire, résultat du siège habituellement pylorique du néo, sont des conditions favorables à la pullulation. L'ulcération est, pour ces microbes, un point de pénétration tout préparé. Enfin, la cachexie cancéreuse et l'inanition leur rendent aisée la prise de possession des tissus.

Tantôt, l'infection donne naissance à des accidents locaux de voisinage : abcès sous-phrénique, gastrite phlegmonneuse.

Tantôt, à des lésions à distance, par voie veineuse : phlébite, abcès du foie, ou par voie lymphatique : pleurésie, péricardite, par un mécanisme analogue à celui qui préside au développement des pleurésies, dans les cancers du sein.

Dans quel cadre devons-nous faire rentrer la suppuration du canal thoracique ? Nous ne pensons pas qu'il s'agisse là d'une complication directement sous la dépendance de l'infection développée sur l'ulcération néoplasique. Il semble, d'après ce que nous avons vu de cette maladie, que la suppuration du canal thoracique succède à une collection purulente, en rapport immédiat avec ce vaisseau.

Il aurait fallu, dans le cas que nous étudions, que la suppuration de la périgastrite et des ganglions de la petite courbure se soit produite, celle-ci ayant pour origine le foyer néoplasique, avant que le canal thoracique ne se mette à suppurer. Ce n'est, nous

semble-t-il, qu'après avoir franchi le premier relai ganglionnaire que s'est développée l'infection du grand canal lymphatique. Ici encore nous voyons survenir cette affection sur un organisme débilité chez un cancéreux à une période avancée.

Ainsi nous arrivons à conclure que dans ce cas particulier, l'infection a eu pour point de départ les lésions néoplasiques. Elle a ensuite envahi les ganglions pyloriques et de la chaîne coronaire et a donné lieu à un abcès sous-phrénique. Elle a gagné le canal thoracique et, enfin, a atteint les ganglions sus-claviculaires.

Nous rapportant à de nombreuses publications de Troisier sur la pathogénie des adénites cancéreuses dans les néoplasmes viscéraux, nous remarquons que la voie indiquée comme étant suivie par les cellules cancéreuses est précisément la même que celle qu'ont suivi les microbes :

« Quand les origines du canal thoracique sont intéressées par le cancer abdominal, les cellules néoplasiques ne peuvent-elles pas pénétrer dans sa cavité et être directement portées aux ganglions du cou, si voisins de sa terminaison ? »

Et ceci, sans que forcément le canal thoracique soit lui-même intéressé. Il admet le reflux dans les efférents au point où s'abouche le canal thoracique.

A ce niveau, il décrit une courbure très accentuée,

et les veines sont sujettes à de continuelles variations de pression. »

Il nous a paru intéressant, en terminant, de rapprocher ces faits, d'autant que notre observation vient confirmer la théorie de Troisier.

CONCLUSIONS

I. — La suppuration du canal thoracique est une affection rare ; le cas que nous publions s'ajoute aux observations antérieures, mais dont une grande partie est réduite à un examen nécropsique. Dans notre observation, le malade a été observé pendant un mois et demi.

II. — Bien caractérisée anatomiquement, elle ne peut être confondue avec le cancer secondaire ou les altérations tuberculeuses de cet organe.

III. — Cliniquement, ces lésions n'ont jamais été reconnues, mais il semble bien que le diagnostic ne soit pas absolument impossible, et nous donnerions comme signes pouvant les faire soupçonner :

- a) La thrombose du confluent jugulo-sous-clavier ;
- b) Les épanchements séro-purulents de la plèvre et du péritoine ;

c) La suppuration des ganglions sus-claviculaires mentionnée dans notre observation ;

Ces signes survenant chez un sujet présentant des signes de septicémie ou un foyer purulent profond.

IV. — L'atteinte du canal thoracique paraît presque toujours secondaire à une collection suppurée siégeant près de la citerne de Pecquet ou en rapport direct avec le canal thoracique.

V. — Il se produit une lymphangite tronculaire massive des lymphatiques partant du foyer qui se propage au canal thoracique.

Mais il se pourrait que, dans certaines conditions, soit réalisée une lymphangite primitive de la voie lymphatique principale.

VI. — Dans les quatre cas où l'on a fait l'examen bactériologique, le streptocoque a toujours été trouvé sans qu'on puisse dire si c'est toujours lui qui est en cause.

VII. — La suppuration du canal thoracique n'apparaît que sur un terrain débilité chez des suppurants ou des cachectiques.

VIII. — Dans le cas que nous présentons, au cours du cancer du pylore, la suppuration thoracique ne paraît pas avoir eu pour point de départ direct l'ulcé-

ration cancéreuse, mais l'abcès sous-phrénique secondaire à cette lésion néoplasique infectée.

IX. — L'infection semble avoir suivi la voie indiquée par Troisier pour les cellules cancéreuses, qui vont aux ganglions sus-claviculaires.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — INFECTIONS DU CANAL THORACIQUE

Adams. — Pur found in the thoracic ductus suppuration
of lymph. glands. (Transact of the pathol. Society
London, 1850, II, p. 279.

Andral. — Archives générales de Méd., 1824, T. VI,
p. 503.

— Précis d'anatomie pathol., 1832, II, 2.

Boegehall. — Über die Verletzungen des ductus thoracicus. Longenb. Arch. für Klin. Chir., T. XXIX, 1883.

Chouppe. — Thèse de Paris, 1873, p. 448.

Enzmann. — Beiträge zur Pathol. Anat. des ductus thorac. Inaug. Dios Basel, 1883.

De Forest. — Abscès du canal thoracique. (New York Med. Soc., 30/1, 1907).

Jendrin. — Traité anatomique des inflammations. T. II, 1828, p. 87.

- Lieutaud.* — Traité d'anatomie, 1767, T. II, obs. 770.
- Lohlein.* — Uber Peritonitis bei eitriger Lymphang. des ductus thoracicus. *Wirchows Arch.*, 1904, Bd. racicus, Bazel 1888.
177, p. 292.
- Nocker.* — De Mortis ductus thoracicus. Diss. inaug. Bonne, 1631.
- Pappenheimer.* — Uber eitrige Entzündung des Dictus Thoracicus. *Wirchow's Arch. gén.*, 1921, T. 231, p. 274.
- Potain.* — Dict. encyclop. des Sc. Médic., 2^e série, T. III, p. 505.
- Velpeau.* — Recherches et observations sur la phlegmat. alba dolens. *Arch. gén. de Méd.*, T. VI, 1824.
- Worms.* — De l'infl. du canal thoracique. *Gazette Hebd. de Méd. et Chir.*, 1859, p. 279.

II. — INFECTIONS DU NEOPLASME

- Achard.* — Contrib. à l'étude des complic. infect. du cancer gastrique. *Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 26 juillet 1895.
- Devé et Chartrin.* — Double carcin. de ventric., fièvre à type intermittent. *France Médicale*, 1892, p. 445.
- Fernet.* — Note sur un cas de carcinome généralisé second. à un cancer d'estomac. *Revue Méd.*, 1888, p. 1883.

Engmann. — Beitrage zur Pathol. Anat. des Ductus thoracicus, Bazel, 1883.

Girod. — Valeur diagn. et pron. des adénopathies sous-clavières. Bulletin et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris, 25 janvier 1895, p. 73.

Hampeln. — Symptom. occult. viscéral. carcinom. Zutch. fur Clinic. Med., 1888, Bd. VIII.

Hanot. — Sur une forme septique du cancer de l'estomac. Arch. Gén. de Médecine, 1872, p. 257.

Hayem et Lion. — Article Cancer gastrique dans le Traité Gilbert et Thoinot, 1913.

Letulle. — Soc. Anat. de Paris, 25 oct. 1907.

Ménétrier et Piot. — Oblitération cancéreuse du canal thoracique. Ass. franç. pour recherche du cancer, 19 juin 1911.

Piot. — Thèse de Paris, 1911.

Troisier. — Recherches sur les causes du cancer thorac. XII^e Congrès intern. de Méd., Sect. Anat. path., Paris 1900.

— Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1890, 1897, 1899. 1900.

Villar. — Adénopathie sus-clavicul. dans le cancer. Arch. des Sciences Médicales de Bordeaux, 1907.
